

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ АПЛАЗИИ ВЛАГАЛИЩА

Кадырко С. М., Воскресенский С. Л., Кошельков Я. Я.

Белорусская медицинская академия последипломного образования

Аплазия влагалища диагностируется у 1 из 5000 – 10000 женщин. В сочетании с разными вариантами недоразвития матки при морфологически развитых яичниках это заболевание известно как синдром Майера - Рокитанского - Кюстера – Хаузера [5, 7].

Кольпопоз – это операция создания искусственного влагалища. Все существующие её методики преследуют одну цель: создать новую или увеличить существующую полость между мочевым пузырем и прямой кишкой, которая стабильно выполняла бы функцию влагалища на протяжении всей жизни. В клинической практике в разное время эта задача решалась путем выстилки сформированного ложа будущего влагалища кишкой, брюшиной малого таза, кожей, различными аллопластическими материалами. Кроме того разрабатывались методики образования полости путем длительного локального вдавливания тканей вглубь малого таза.

Хирургические методики создания искусственного влагалища предполагают два этапа: формирование туннеля между мочевым

пузырем и прямой кишкой и выстилка полученной полости материалом, имитирующим стенку влагалища.

Апробированные в практике варианты выстилок в зависимости от использованного материала подразделяются на аутопластические, гомопластические и аллопластические. В настоящее время применяется только аутопластика [1, 2, 3].

На кафедре акушерства и гинекологии БелМАПО выполняются операции кольпопозза с использованием метода пластики свободным кожным лоскутом. При этом целью исследования является оценка эффективности реконструкции влагалища при его аплазии.

Все пациенты, которые подвергались оперативному лечению, обращались за помощью в связи с отсутствием менструаций и невозможностью половой жизни. Порок развития половых органов у этих больных был диагностирован в возрасте 15 лет и более. Диагноз основывался на данных ультразвукового исследования и лапароскопии. При УЗИ матка не визуализировалась, но выявлялись яичники нормальных размеров с хорошо развитым фолликулярным аппаратом и четко выраженной дифференциацией слоев на корковый и мозговой. При лапароскопии в яичниках обнаруживались следы овуляции, желтые тела. У всех больных был кариотип 46XX.

Операцию выполняли под эндотрахеальным наркозом. Формирование туннеля производилось острым и тупым путем на глубину до 12 - 14 см с последующим тщательным гемостазом.

Кожный лоскут площадью до 130-150 см² и толщиной 0.3 – 0.4 мм брали с помощью электродерматомы с поверхности ягодицы или бедра. Полученный лоскут сшивали в виде мешочка так, чтобы стык между его краями представлял собой кривую линию. Сшитый лоскут на протекторе вводили в туннель, и после извлечения протектора тампониrowали бинтом. Приживление лоскута происходило в течение 7-10 дней.

Оперированных пациенток регулярно наблюдали в течение первого года после операции, в последующем - эпизодически. Мы также наблюдали одну пациентку, которой кольпопозз по аналогичной методике был сделан 22 года назад (в Казани).

При осмотре в зеркалах кожная выстилка со временем, через 3 – 4 месяца, приобретала видимые черты слизистой: увлажненность, складчатость. Она также приобретала розовый цвет.

Половую жизнь пациентки начали в сроках от 3 до 6 месяцев после операции. Некоторые из оперированных женщин вышли замуж. У всех оперированных пациенток после года, а также 22 лет после операции сохранилась достаточная емкость влагалища. На приеме у

гинеколога по месту жительства они осматривались с помощью стандартных зеркал и с применением двуручного обследования.

Для оценки состояния приживления кожного лоскута к ложу были выполнены гистологические исследования биопсийного материала в различные сроки после операции: на 18 – й день, через 70 дней и спустя 22 года. Во всех случаях наблюдались признаки репаративного процесса, происходящего в неовлагалище, и отсутствовали признаки отторжения кожного лоскута.

Таким образом, операция обеспечивает удовлетворительный функциональный эффект, сохраняющийся в течение более 20 лет. Взятие кожного лоскута для пересадки во вновь сформированное ложе будущего влагалища существенно менее травматично и опасно, чем резекция кишечника [6]. Альтернативой мог быть кольпопозз брюшной, если бы не наступающие атрезии [4]. Методика допускает возможность исправления технических ошибок и полного или частичного повторения пластики в случае неудачного вмешательства [3]. Эпителиальная кожная выстилка оказывается прочной. Она не травмируется при гинекологических осмотрах и половых сношениях, безболезненна при манипуляциях во влагалище, растяжима.

Литература:

1. Вербенко А.А., Шахматова М.П. Аплазия влагалища. – М.: Медицина, 1982. – 80 с
2. Гиговский Е.Е. 220 операций образования искусственного влагалища из сигмовидной кишки// Акуш и гин - 1969 - №3. - С. 64 – 65.
3. Кренар Й. Пластическая хирургия в гинекологии / Пер с чешск. – Прага: Авиценум, 1980. – 254 с
4. Оценка отдаленных результатов оперативного лечения больных аплазией влагалища при функционирующей матке / Е.А. Богданова, Ф.Б. Окулов, Н.С. Мартыш и др.// Акуш и гин – 1995 – С. 51 – 53.
5. Evolution of the methods of neovaginoplasty for vaginal aplasia / R.B. Karim, J.J. Hage, J.J. Dekker, C.M. Schoot //Europ. J. Obstet. Gynecol. Repr. Biol. – 1995 – 58. – P. 19 – 27.
6. Lemberger R. L., Bishop M.C. //Neovaginoplasty using rectosigmoid colon on superior rectal artery pedicle. – BJU international. – 2001. – V 87, N. 269. – P. 212.
7. Long – term results after operative correction of vaginal aplasia / V.J. Möbus, K. Kortenborn, R. Kreienberg, V. Friedberg // Am. J. Obstet. Gynecol. – 1996 – 175 – P. 617 – 624